DRAINAGE CAPILLAIRE

ET

TAMPONNEMENT ANTISEPTIQUE DU PÉRITOINE

A L'AIDE DE LA GAZE IODOFORMÉE

PAR

S. POZZI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Extrait du *Bulletin de la Société de Chirurgie.*
(Séance du 29 février 1888.)



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1888

DRAINAGE CAPILLAIRE

ET

TAMPONNEMENT ANTISEPTIQUE DU PÉRITOINE

A L'AIDE DE LA GAZE IODOFORMÉE

I

La question des indications du drainage péritonéal, après les opérations graves pratiquées dans l'abdomen, est loin d'être résolue. Tandis que quelques opérateurs comme Sims, Lawson Tait, Nussbaum, Bardenheuer, Martin, en usent très largement, la plupart des laparotomistes le réserve pour des cas exceptionnels. On peut ranger sous trois chefs les principales indications qui ont été données pour le drainage :

1° Le suintement abondant du sang redouté après l'occlusion des parois abdominales;

2° L'existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible;

3° La large déchirure du péritoine agissant comme double facteur; *a*) source de suintement persistant; *b*) entrave au pouvoir normal de résorption.

La première indication, isolée, est rarement suffisante. En effet, d'une part, en l'absence de larges décollements du péritoine, il est presque toujours possible de se rendre maître d'une hémorrhagie par la ligature, les lavages à l'eau chaude et la cautérisation au thermocautère. D'autre part, si la séreuse est à peu près intacte, le sang sera très vite résorbé, ainsi que le prouvent les expériences déjà anciennes de Gluge et Thiernesse (1845), et les observations récentes de transfusion intra-péritonéale chez l'homme [1].

[1] Edler, Die traum. Verletzungen der parenchym. Unterleibsorgane (*Archiv f. klin. chirurg.*, p. 198; 1886).

Le suintement sanguin n'est donc une véritable indication que lorsqu'il coïncide avec une large déchirure ou érosion de la séreuse du petit bassin. Alors, en effet, on ne peut plus compter sur une résorption prompte et complète, et l'on doit craindre la stagnation et la décomposition du sang épanché dans les dépressions et les anfractuosités, notamment dans le cul-de-sac de Douglas qui, dépouillé de sa surface absorbante, est devenu un véritable clapier (espace mort, *todter Raum* de Mikulicz).

Le danger d'infection est encore bien plus grand, lorsque, au lieu d'un suintement de sang, on a à craindre l'épanchement de matière ichoreuse, purulente ou septique. Tels sont les faits où il existe au moment de l'opération des lésions de pelvi-péritonite (Obs. VIII de Mikulicz [1]); ou encore ceux dans lesquels l'opérateur est forcé d'abandonner dans le ventre un lambeau de kyste ou de paroi d'abcès simplement gratté et cautérisé, parce qu'il adhère à des organes dont la blessure serait redoutable (Obs. III, *ibidem*); enfin, les cas où une perforation irrémédiable ou imminente d'un des organes creux de l'abdomen crée un danger certain ou probable d'effusion de matière fécale ou d'urine (Obs. III, *ibidem*. — Obs. III, personnelle).

Dans les faits de cette seconde catégorie, il n'y a pas seulement nécessité de drainage; il faut encore, par un artifice opératoire, s'efforcer de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, favoriser, provoquer même la formation d'une inflammation protectrice sur les limites de la région condamnée à être infectée, de manière à faire, pour ainsi dire, *la part du feu* et à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement.

C'est à cette seconde indication que répond admirablement le *tamponnement antiseptique*.

II. — *Du drainage capillaire du péritoine.*

Je crois devoir le répéter pour qu'il n'y ait pas d'équivoque; le drainage, après les laparotomies en général, et surtout après l'ovariotomie, doit constituer une très grande exception [2]. Il ne saurait en être question dans les cas simples; mais j'ai esquissé plus haut les principales complications qui peuvent le rendre nécessaire.

[1] MIKULICZ, Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle, etc. (*Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, p. 187 et suiv.; Berlin, 1886).

[2] SPENCER WELLS, *International medical Congress*. Londres, 1881. — SCHRÖDER. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 16, 1882.

L'immense majorité des chirurgiens emploie comme instrument de drainage, le *drain* : soit le tube en caoutchouc de Chassaignac, soit le tube de verre de Kœberlé, soit le tube en gomme durcie de Sims. Il est placé ou dans la plaie abdominale vers son angle inférieur, ou dans le vagin, par le cul-de-sac de Douglas. Je ne m'étendrai pas sur quelques procédés plus ingénieux que recommandables, tel que le filet de catgut de Bardenheuer destiné à isoler le cul-de-sac recto-vaginal, etc.

Du reste, tous les procédés, malgré leur diversité, ont ceci de commun : c'est qu'ils ne mettent à profit pour l'évacuation des liquides que la *vis a tergo*, sollicitée à la fois par la pesanteur, par la compression externe et par la pression intra-abdominale.

Lawson Tait, l'un des premiers, comprit si bien l'insuffisance de cette force, qu'il y joignit la *vis a fronte,* l'aspiration pratiquée par le tube toutes les trois heures. Mais la première idée d'utiliser constamment une force aspiratrice naturelle pour le drainage appartient à Hegar. La mention de son procédé a été faite d'abord par Kehrer [1], mais il a été exposé plus tard en détail par Wiedow[2]. Hegar se servait (à ce moment) de tubes de verre ou de gomme durcie de 3 à 5 centimètres de largeur sur 18 centimètres de longueur, qu'il introduisait soit par la plaie abdominale, soit par le vagin dans le cul-de-sac de Douglas ; il les remplissait, dans ses premiers essais, de ouate phéniquée à laquelle il substitua plus tard la gaze iodoformée. Cette substance absorbante était destinée, par sa capillarité, à pomper pour ainsi dire les liquides sécrétés. On la renouvelait le premier jour toutes les heures, plus tard toutes les deux heures et enfin toutes les quatre heures. Hegar a, depuis un certain temps, abandonné ce *spéculum abdominal* pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine.

C'est Kehrer [3] qui, bientôt après, a formulé d'une façon précise les avantages de la capillarité appliquée au drainage péritonéal. Il proposa l'emploi de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 0/0. (Plus tard, de nombreux opérateurs adoptèrent la *mèche* rendue antiseptique par l'éther iodoformé.) Kehrer employa ce mode de

[1] F. A. Kehrer, Kapillardrainage der Bauchhöhle (*Centralblat f. Gynæk,* p. 36 ; 21 janvier 1882).

[2] W. Wiedow, Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 39 ; 1884).

[3] Kehrer, *loc. cit.*

drainage en le combinant avec l'emploi d'un tube de caoutchouc, dans un cas d'énucléation de kyste intraligamenteux. Une triple mèche fut placée dans le ventre, un des chefs dans le cul-de-sac de Douglas, les deux autres latéralement ; les extrémités libres, reliées à un tube de 1 centimètre de calibre et de 6 centimètres de longueur, ressortaient par la partie inférieure de la plaie abdominale et plongeaient dans un pansement de Lister. On retira mèches et tube au bout de vingt-deux heures; guérison. Kehrer propose, dans le même travail, de se servir, pour introduire et changer la mèche intra-péritonéale, d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

Depuis le mémoire de Kehrer, l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne, soit pour la gynécologie, soit pour la chirurgie générale. Breisky s'en est servi pour faire le drainage après l'extirpation totale, par le vagin, de l'utérus cancéreux. Billroth, après les avoir longtemps employées à divers usages, m'a paru (dans un nouveau voyage que j'ai fait à Vienne l'an dernier) les avoir abandonnées pour s'en tenir aux lanières de gaze iodoformée. Pourtant les mèches semblent avoir repris récemment une faveur toute nouvelle. Gersung [1] proclame leur supériorité absorbante sur la gaze, et Chrobak [2] s'est efforcé de la démontrer par des expériences comparatives; il les a employées pour le drainage après l'ovariotomie et l'hystérectomie sus-vaginale.

Toutefois, nous voyons des opérateurs de la valeur de Hegar, Mikulicz, etc., déclarer que le pouvoir absorbant de la gaze est parfaitement suffisant ; de plus, il y a tout intérêt à ne pas compliquer sans utilité évidente le matériel des objets de pansement.

Les indications du *drainage capillaire simple du péritoine*, indépendamment de sa combinaison avec le *tamponnement*, sont, je crois, très limitées. Je ne l'emploie, pour ma part, qu'après l'hystérectomie vaginale. Au lieu d'introduire un ou deux tubes dans l'ouverture du péritoine, ou de la laisser béante, comme font beaucoup de chirurgiens, je préfère, après l'avoir un peu réduite par deux points de suture latéraux, y enfoncer à une profondeur d'un pouce environ une large lanière de gaze iodoformée, doublée à son extrémité supérieure, et dont les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin et rendus reconnaissables en y nouant un fil. Au bout d'un temps variable, selon l'abondance du suintement, on renouvelle les autres bandelettes de gaze iodoformée qui complètent le pansement intravaginal, laissant en place la lanière placée

[1] Gersung, *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 31; 1887.
[2] Chrobak, *Centralbl. f. Gynækol*, n° 1; 1888.

dans le cul-de-sac de Douglas, qui fait l'office de drain. Ce n'est qu'au bout de six à huit jours que cette dernière est enlevée.

III. — *Du tamponnement antiseptique du péritoine.*

Certes, c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des *tentes* antiseptiques, de façon à isoler du reste de la séreuse la portion tamponnée — durant les premières heures, par le rempart seul que forme l'agent du tamponnement, bientôt après par les adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie. Cette audace, certainement, a été inspirée par le succès du tamponnement des plaies, substitué au drainage, selon les procédés de Kocher et de Bergmann [1]. Puis est venue l'application de ce procédé en gynécologie, pour l'ouverture de certaines suppurations du petit bassin, par Hegar [2]. Enfin, le tamponnement proprement dit du péritoine a été préconisé par M. Mikulicz [3]. Il a été employé en Allemagne et en Amérique [4], mais je n'ai trouvé aucune observation de ce genre en Angleterre et je crois pouvoir être certain de l'avoir appliqué le premier en France.

Je décrirai brièvement la technique de ce procédé avant de résumer les observations qui montreront, plus que de longs développements, quels sont les services qu'il est appelé à rendre.

Technique. — Mikulicz conseille d'abord de placer, au fond de la cavité qu'on désire tamponner, une sorte de bourse faite en y enfonçant un morceau de gaze iodoformée à 20 0/0. On a pris soin de fixer au milieu de cette pièce de gaze un double fil de soie antiseptique qui doit aider plus tard à la retirer plus facilement. Ces fils sortent à l'extérieur par l'ouverture de la bourse quand elle est en place ; pour ne pas perdre de temps, on peut la confectionner avant l'opération et la conserver dans l'eau phéniquée à 5 0/0. Une fois la bourse placée, on y introduit deux à cinq longues lanières de gaze iodoformée qu'on y tasse de manière à l'appliquer sur toute la surface de la cavité. Leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort avec lui par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

[1] F. Bramann, Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponnade (*Archiv. f. klin. Chir.* Bd. XXXVI, p. 72.)

[2] Wiedow, Operat. Behand. der genital. Tuberc. (*Centralb. für Gynæk.* septembre 1885.

[3] Mikulicz, *loc. cit.*

[4] Christian Fenger, The operative treatment of retro-peritoneal cysts in connection with Mikulicz's method of drainage (*The Americ. Journ. of Obstetrics*, p. 763; juillet 1887).

Je crois qu'on peut simplifier souvent ce procédé et se borner à enfoncer directement dans la profondeur de la cavité des lanières de gaze.

Une bonne précaution consiste à introduire en même temps un gros drain qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention, au-dessous de lui, de liquide trop épais pour filtrer à travers la gaze.

Je recommande aussi de n'employer que de la gaze iodoformée débarrassée par le battage de tout excès d'iodoforme pulvérulent. J'ai en effet observé une fois des signes d'intoxication iodoformée légère, et Mikulicz l'a notée également dans une de ses observations. Enfin, je trouve utile de distinguer par une marque spéciale — par un fil coloré, par exemple — les diverses bandes de gaze pour savoir dans quel ordre on doit les retirer.

Combien de temps doit-on laisser en place le tamponnement? Mikulicz recommande de ne retirer les bandelettes intérieures qu'après quarante-huit heures et de n'enlever le sac lui-même que deux ou trois jours plus tard. Il est facile de procéder sans difficulté à l'enlèvement des bandes de gaze, si on suit ma recommandation de faire une marque distinctive permettant d'ôter d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes. Sans cela on s'expose à des tiraillements fâcheux.

Si le tamponnement intérieur doit être respecté un temps assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait le temps de se former autour de lui et de le circonscrire, il va sans dire qu'on devra changer le pansement extérieur aussi souvent qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire environ trois fois par jour. Il s'imbibe en effet très rapidement de la sérosité sanguinolente que sécrète le fond de la plaie et que lui transmet le *tampon*, par drainage capillaire.

Il est impossible de donner des règles absolues pour les cas qui réclament le tamponnement, pas plus qu'on ne le peut pour le drainage. Une grande part est laissée au tact de l'opérateur. Le tamponnement doit être assurément un moyen d'exception, une *ultima ratio*, soit centre l'hémorrhagie en nappe (*tamponnement hémostatique*), soit contre une menace d'infection (*tamponnement antiseptique protecteur*). Dans ce dernier cas, deux circonstances différentes peuvent se présenter : *A*. L'infection d'une partie de la plaie existe au moment de l'opération, par suite de l'affusion de pus, de matière septique ou grâce à la présence d'une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever. *B*. L'infection est à redouter après l'occlusion de la plaie abdominale, par déhiscence d'une suture faite dans des conditions mauvaises, par perforation

d'un organe compromis avant ou pendant l'opération (intestin, vessie).

J'établis ces divisions pour les observations qui suivent :

Tamponnement hémostatique.

Observation I. — *Kyste intraligamenteux. Décortication laborieuse, large déchirure du péritoine. Ablation des deux ovaires et des deux trompes.*

Ber... (Adèle), 47 ans, 1 enfant. Malade depuis 4 ans ; le ventre augmente depuis quelques mois. Douleurs vives. Métrorrhagies incessantes. On a diagnostiqué ailleurs un corps fibreux avec pelvi-péritonite. Opération le 1er juillet 1887. Kyste intraligamenteux droit de la grosseur de la tête. La trompe est étalée à sa surface en écharpe, considérablement hypertrophiée. La trompe du côté opposé est épaisse, rouge, manifestement malade. Elle est enlevée ainsi que l'ovaire correspondant. Ponction et décortication laborieuse du kyste, très adhérent. On doit sacrifier une grande partie de son revêtement péritonéal. Il était adhérent en arrière au cul-de-sac de Douglas. Malgré de nombreuses ligatures, suintement sanguin abondant que n'arrête pas le lavage à l'eau chaude. L'hémorrhagie se fait en nappe par plusieurs points profonds. Vu ce suintement persistant et la large déchirure du péritoine, ce qui fait redouter une résorption difficile, le chirurgien procède au tamponnement. Quatre larges lanières de gaze iodoformée sont introduites directement sur les surfaces saignantes au fond du bassin. Leurs chefs sortent par la partie inférieure de la plaie abdominale, qui est réunie au-dessus par 3 points de suture.

Suintement sanguinolent abondant dans le pansement extérieur. On retire, le 4e jour, une première bandelette ; le 5e une seconde, le 6e le reste de la gaze iodoformée et on met à la place un tube. Un peu de céphalalgie et d'anorexie font soupçonner un léger degré d'absorption iodoformique que confirme l'examen de l'urine. On substitue au premier mode de pansement de la gaze phéniquée. L'orifice reste longtemps fistuleux et ne se ferme qu'après qu'on a successivement enlevé avec les pinces et la curette plusieurs fils de soie phéniquée qui sont venus se rassembler au fond du trajet laissé par la gaze.

La malade se portait parfaitement bien un mois après son opération, avait repris bonne mine et se levait. Mais le trajet fistuleux ne fut guéri que trois mois plus tard, en novembre. Elle a été revue depuis peu en parfaite santé.

Tamponnement hémostatique et protecteur.

Obs. II. — *Kyste papillaire suppuré, intraligamenteux. Décortication pénible. Suintement sanguin persistant.*

Char... (Delphine), 33 ans, malade depuis 2 ans. Douleurs dans le ventre et les reins, augmentation de volume du ventre. En août 1887,

crise douloureuse aiguë. Symptômes d'inflammation du kyste. Opération 28 octobre 1887. Kyste intraligamenteux du volume de la tête; la ponction retire environ un litre de liquide visqueux puriforme ; le kyste contient en outre des productions papillaires. La poche est partout fortement adhérente à son revêtement péritonéal et adhérente postérieurement aux parois du bassin. La décortication est pénible et accompagnée de dilacération de la séreuse; assez forte hémorrhagie au niveau de la corne gauche de l'utérus, à laquelle adhérait la tumeur; l'hémorrhagie est arrêtée par une suture en surjet au catgut.

La loge où était le kyste forme une excavation profonde et à surface irrégulière, où se fait un suintement persistant.

Lavage à l'eau bouillie chaude.

Vu le suintement sanguin, vu aussi l'infection possible de la surface cruentée par le contenu septique du kyste, le chirurgien fait le tamponnement de cette cavité avec un sac de gaze iodoformée, rempli de bandelettes, suivant le procédé de Mikulicz. La gaze a été préalablement battue pour la débarrasser de l'excès d'iodoforme.

Le 30, deux jours après l'opération, on commence à enlever les bandelettes intérieures. Quatre jours après, seulement, on enlève le sac et on place un drain.

Il n'y a de pus à aucun moment dans la plaie qui se ferme très rapidement. La malade sort au bout d'un mois et demi, guérie. Un petit abcès superficiel, causé par le frottement de sa ceinture, est survenu ultérieurement, et s'est guéri très vite.

Tamponnement protecteur.

Obs. III. — *Double pyosalpynx d'origine blennorrhagique.*

Cor... (Maria), 21 ans, pas d'enfants. Débute, il y a 2 ans, par des douleurs vives dans le petit bassin. On lui a fait à ce moment des cautérisations du col de l'utérus ; elle reste 7 mois à l'hôpital de Caen, puis vient à Paris et entre dans le service de M. Martineau, à Lourcine, et y est soignée pour une affection ainsi désignée par notre collègue « adéno-pelvi-péritonite et uréthrite blennorrhagique ». La malade reste 5 mois dans le service ; à peine en est-elle sortie, qu'une métrorrhagie abondante la force à rentrer à la Charité d'où elle nous est adressée. Elle assure avoir rendu à plusieurs reprises du pus par le rectum. Opération le 19 décembre 1887. On trouve les deux trompes transformées en un sac de pus, séparé de la corne utérine par une petite portion saine. A gauche, le volume de la poche égale celui d'une poire ordinaire ; il est moindre à droite. On les enlève successivement; l'ablation du pyosalpynx gauche est très laborieuse, la tumeur est repliée dans le cul-de-sac de Douglas et adhère de tous côtés, surtout au rectum. Pendant qu'on la détache, elle se rompt et du pus verdâtre souille le cul-de-sac. On lave à l'eau bouillie, et l'on fait avec soin la toilette du péritoine. La face antérieure du rectum paraissant très amincie dans le point où la poche purulente lui adhérait, et bien

qu'aucune solution de continuité n'y soit visible, on redoute qu'il s'établisse une perforation à ce niveau, surtout en tenant compte des renseignements donnés par la malade sur les évacuations de pus par cette voie. C'est surtout en vue de cette perforation possible qu'on se décide à faire le tamponnement. Il est effectué par le placement direct de lanières de gaze iodoformée battues dans le fond du cul-de-sac de Douglas. Les extrémités sortent par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'événement devait montrer combien cette précaution était justifiée.

Le lendemain, 20 décembre, on retire une lanière et on la remplace par un tube. Le surlendemain, 21 décembre, on prescrit un lavement au vin pour provoquer les contractions intestinales ; *il vient souiller la gaze du tamponnement et le pansement abdominal.*

Dès ce moment, la plaie donne passage en grande abondance à des matières fécales et à des gaz. On continue à la tamponner légèrement avec la gaze iodoformée battue autour d'un drain, et on fait de fréquents lavages à l'acide borique. Le trajet se resserre de plus en plus; à la fin de janvier 1888, il n'y a plus qu'un très petit orifice, par lequel s'échappent de temps en temps des gaz, au dire de la malade, mais sans aucun suintement fécaloïde. L'opérée a repris les apparences d'une santé parfaite et aide les infirmières dans leur besogne. On vient de faire tout récemment un grattage suivi de cautérisation au thermocautère du trajet fistuleux, qui admettait à peine une sonde cannelée à la profondeur d'un pouce ; nul doute que son oblitération ne soit ainsi obtenue.

Paris. — Société d'imprimerie Paul Dupont, 24, rue du Bouloi (Cl.) 136.5.88.